Aus der Königlichen Psychiatrischen- und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre der Psychosen

nach akuten Infektionskrankheiten:

Psychose nach Erysipel.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Lang, Medizinalpraktikant
in Kiel.

Kiel 1912.

Aus der Königlichen Psychiatrischen- und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre der Psychosen

nach akuten Infektionskrankheiten:

Psychose nach Erysipel.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Lang, Medizinalpraktikant
in Kiel.

Kiel 1912.

No. 3
Rektoratsjahr 1912/13.
Ref.: Siemerling.

Zum Druck genehmigt
Heine,
z. Z. Dekan.

Druck der Univ.-Buchdruckerei von W. Fr. Kaestner in Göttingen.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurlehred0000frie

Es ist schon seit langem bekannt, daß geistige Störungen bei oder in unmittelbarem Anschluß an Infektionskrankheiten mit diesen in ursächlichem Zusammenhang stehen. Nach einer statistischen Zusammenstellung von Müller sind 2 % aller Geisteskrankheiten aus akuten Infektionskrankheiten entstanden. Die meisten dieser Fälle werden zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre beobachtet, doch sind sie auch im ganz jugendlichen Alter sowie im Greisenalter mit Sicherheit festgestellt.

Die psychischen Störungen nach fieberhaften Krankheiten zeigen oft den Charakter des Stupors oder weit häufiger den des Deliriums. Am häufigsten sind die einfachen Fieberdelirien, wie sie fast bei jedem länger anhaltenden hohen Fieber auftreten.

Je nachdem die psychischen Störungen die Infektionskrankheit im Stadium der Inkubation, des Anstiegs, der Akme, des Dekrements oder der Rekonvaleszenz begleiten, können sie als Inkubations-, Initial- oder Infektionsdelirien und ferner als Deferveszenz-, Kollaps- oder Inanitionsdelirien unterschieden werden. Die einfachen Fieberdelirien gehen mit den Initial-, Inkubations- und Infektionsdelirien so Hand in Hand, daß eine Trennung ausgeschlossen ist, es sei denn, daß man

die Bezeichnung Fieberdelirien nur für die Störungen wählen will, welche mit dem Fieber einsetzen und nach Ablauf desselben schwinden.

Die Hauptsymptome des ausgebildeten Infektionsdeliriums sind*): Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen. Dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelten Wahnideen kommen oder es tritt eine lebhafte motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich, mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn- und Angstaffekten ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jaktationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen.

Die Sinnestäuschungen haben meist einen beängstigenden Charakter. Im Anfang sind es mehr unbestimmte Geräusche: Donnern, Klopfen, Stampfen wie von einer Maschine. Darreichungen von Chinin oder Natrium salicylicum steigern zuweilen diese beängstigenden Geräusche. Ferner treten ausgesprochene Gehörtäuschungen auf: die Kranken vernehmen Worte, Sätze, hören beschimpfende Äußerungen, ihren Namen rufen, glauben die Stimme zu erkennen. In der Regel sind Gesichtstäuschungen damit verbunden: anfangs Flimmern, Sternesehen, bunte Kreise, Kugeln, dann richtige Gestalten von Tieren, Menschen, Köpfen und Teufelsgestalten. Viel seltener sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.

Bei Kindern, selten bei Erwachsenen, ist der Inhalt der Sinnestäuschungen ein angenehmer: liebliche Musik,

*) Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger u. Siemerling.

Engelsgestalten, spielende Kinder, mit denen sie sich necken und rufen, schöne Gärten und Blumen.

Infolge des bei Erwachsenen meist beunruhigenden Inhalts der Täuschungen sind die Kranken ängstlich und unruhig. Mit glänzenden, weit geöffneten Augen starren sie fest in eine Ecke, lauschen auf Stimmen; das Gesicht ist gerötet, die Lippen bewegen sich leise. Plötzlich schreien sie auf, springen aus dem Bett, greifen ihre Umgebung an, suchen aus dem Fenster zu entkommen, bringen sich Verletzungen bei. Dieser plötzlichen Erregung folgt ein ruhigeres Stadium: ängstlich gespannt liegt der Kranke da, macht nur geringe Bewegungen mit den Händen, sucht auf der Decke, antwortet nicht, stöhnt oft auf. Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie sie von Liebermeister bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist. Diese Stadien sind jedoch nur selten scharf abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutliche Übergänge.

Die im Stadium Decrementi und während der Rekonvaleszenz auftretenden Kollaps-, Deferveszenz- oder Inanitionsdelirien brechen meist im Anschluß an den kritischen Temperaturabfall ganz akut aus und erheben sich in wenigen Stunden zur Höhe. Ihre Hauptsymptome sind: traumhafte Verwirrtheit, zahlreiche unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, einzelne Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang. Die Kranken sind im Beginn sehr ängstlich, äußern Selbstanklagen, Versündigungsideen. Die Angstzustände gehen mit großer Erregung einher oder es treten frühzeitig stuporöse Zustände auf. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab.

Zahlreich sind Halluzinationen und Illusionen mit Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Größe: sie sehen Tote, Engel, glauben Gift zu erhalten, glauben sich in der Hölle, im Feuer, sprechen mit dem Kaiser, hören Regimenter schießen, sehen Tiere, hören Wasser rauschen, Sausen und Klingen. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder.

Die Sprechweise ist sehr wechselnd. Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell von Lachen und Weinen abgelöst. Sie haben Neigung zu Klangassoziationen, monotonen oder einzelnen sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht auf.

Neben dem Bewegungsdrang treten noch eine Reihe von motorischen Störungen auf: Zucken und Zusammenfahren des ganzen Körpers, Zittern, rhytmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder den Armen, eigentümliche Verdrehungen und Verrenkungen, ekstatische Stellungen und Haltungen, heftige unwillkürliche Bewegungen, die zuweilen an Chorea erinnern.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus, Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Echolalie und Echopraxie.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewußtseins. Es scheint zuweilen als ob äußere Eindrücke (Besuch von Angehörigen, Versetzung in eine andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später meist die Rekonvaleszenz ein.

Nach Siemerling zeichnen sich die im Beginn

der Infektionskrankheit auftretenden Störungen durch eine gewisse Flüchtigkeit der Symptome aus und neigen nicht leicht zur Bildung festsitzender, systematisierter Wahnvorstellungen. Bei den Kollapsdelirien dagegen haben die Symptome meist schon einen beständigeren Charakter. Ein vollkommenes Verschwinden der psychischen Störungen tritt oft erst nach Wochen und Monaten ein. Häufig sieht man sogar einen Übergang in Manie, Melancholie oder Katatonie sich entwickeln.

Ein für die beschriebenen Psychosen spezifischer anatomischer Befund konnte bisher bei der Sektion letal geendeter Fälle nicht festgestellt werden. In neuerer Zeit wurden durch Untersuchungen von Westphal, Wassermann und Malkoff bei akutem Gelenkrheumatismus mit Chorea und Psychose aus Blut, Hirn, Herzklappen Mikroorganismen dargestellt, die bei Tieren Fieber und multiple Gelenkaffektionen hervorriefen. Auch bei Angina und Influenza, verbunden mit psychischen Störungen, wurden von Sander im Gehirn Bakterienherde, speziell Staphylococcen, gefunden. In vielen Fällen war das Resultat jedoch ein durchaus negatives.

Was die Häufigkeit des Auftretens von Psychosen in Bezug auf die verschiedenen Infektionskrankheiten betrifft, so stehen an erster Stelle der Typhus abdominalis, die Influenza und der akute Gelenkrheumatismus. Doch auch bei jeder anderen Infektionskrankheit treten sie in Erscheinung, so bei Pneumonie, Pleuritis, Malaria, Masern, Scharlach, Diphterie, Erysipelas, Cholera, Phtisis pulmonum, Angina u. a.

Da im Folgenden über eine Psychose, die sich im Anschluß an Erysipelas entwickelte, berichtet werden

soll, seien hier einige früher darüber gemachte Beobachtungen erwähnt.

Statistische Angaben über das zahlenmäßige Verhältnis der Rose und der durch sie bedingten Geistesstörungen sind in der deutschen Literatur nicht auffindbar. Dagegen finden wir bei französischen Autoren den Prozentsatz der Erysipelpsychosen auf Grund eines Materials von mehreren Hunderten von Fällen auf 8 bis 10 Prozent angegeben. Diese Zahlen sind jedoch sicherlich zu hoch, da auch die rasch vorübergehenden Fieberdelirien der Kranken für die Statistik mit verwendet worden sind, wie sie bei jeder Temperatursteigerung eintreten können und bei der Häufigkeit sehr hoher Temperaturen während eines Erysipels natürlich oft eintreten.

Ein weiteres statistisches Interesse knüpft sich aber an die Frage nach dem Verhältnis der Häufigkeit von Psychosen bei Kopf- und Gesichtserysipel einerseits und bei erysipelatösen Erkrankungen der übrigen Hautbezirke andrerseits. Kraepelin, Roger und nach ihnen Fränkel*) weisen darauf hin, daß es anscheinend lediglich die Kopferysipele sind, welche zu psychischen Symptomen führen. Es finden sich in der gesamten Literatur nur zwei Fälle, die dagegen sprechen könnten.

Der eine Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen mit Wirbelfraktur durch Sturz aus dem Fenster. Das Erysipel hat von einem Decubitus des rechten Oberschenkels seinen Ausgang genommen. Die Kranke ist fast gänzlich bewußtlos. Temperatur zwischen 39° und 40°.

---

*) Infektionspsychosen, Bonhoeffer.

Keine motorische Agitation. Die Kranke spricht einzelne unverständliche Worte vor sich hin. Acht Tage nach dem Unfall tritt Exitus ein.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 67jährige Frau. Das Erysipel besteht seit 8 Tagen, ausgehend von einem Ulcus des linken Unterschenkels. Temperatur zwischen 38° und 40°. Die Kranke deliriert, ruft nach ihren Enkelkindern, schreit in der Nacht laut auf. Keine motorische Agitation. 4 Tage vor dem Tod ruhig, unbesinnlich. Tod nach 14 Tagen.

Diese beiden Fälle sind jedoch statistisch nicht zu verwerten, da die aufgetretenen psychischen Störungen als Fieberdelirien anzusprechen sind.

Was den Zeitpunkt des Ausbruchs der Psychosen anbelangt, so scheint die Höhe des Erysipels am 4. Tage der bevorzugte Punkt für ihre Entwicklung zu sein. Ihre Dauer geht gewöhnlich nicht über 14 Tage hinaus, doch sind auch einzelne Fälle beschrieben, bei denen die psychischen Störungen nach 3—4 Monaten noch nicht ganz zurückgegangen waren.

Im Anschluß hieran sei es gestattet einen weiteren Fall einer Psychose nach Erysipelas zu veröffentlichen, der zuerst im Altonaer Krankenhaus zur Behandlung kam und dann in der Königl. Universitäts-Nerven- und Psychiatrischen Klinik zu Kiel weiter beobachtet wurde.

Es handelt sich um den 39jährigen Bäcker Gustav G., der am 12. XI. 1910 im Altonaer Krankenhaus aufgenommen wurde. Seine Frau macht folgende anamnestische Angaben: von früheren Krankheiten sei nichts bekannt. Patient hat nicht gedient, weshalb ist unbekannt. Als Kind hat er nicht besonders gut gelernt. Nach der Schulzeit erlernte er den Beruf eines Bäckers

und hat seit 12 Jahren ein selbständiges Geschäft. Glückliches Familienleben. Von 6 Kindern sind 3 in den ersten Lebensmonaten gestorben, davon 2 an Brechdurchfall und 1 an allgemeiner Körperschwäche. Patient hatte viel zu arbeiten, besonders Nachts. In der letzten Zeit spielte er tagsüber viel Karten, trank viel und schlief sehr wenig. In den letzten Jahren hat Patient dauernd an Gewicht abgenommen. Er hatte viel Husten und Auswurf und wurde wegen »nervösen Asthmas« behandelt. Am 5. XI. 10 bekam er Gesichtsrose, die am 12. XI. 10 wieder abgeheilt war. Er hatte in dieser Zeit viel Sorgen und regte sich im Geschäft sehr auf. Am 12. XI. 10 wurde er »infolge der Sorgen« plötzlich sehr aufgeregt, schrie laut und schlief dann ungefähr 10 Minuten. Dann stand er auf und sprach verwirrt von der Sonne, fragte wo er sei, sagte er wolle Familienrat halten, klingelte unsinnig. Er kam darauf in das Krankenhaus in Altona.

Bei der Aufnahme gibt Patient an, er habe zuerst Zucken im Ohr gefühlt und sei am 2. Tage zum Arzt gegangen. Nach 8 Tagen sei die Rose vorbei gewesen und dann sei das Nervenfieber gekommen. Bei seiner Aufnahme im Krankenhaus sei er ziemlich bewußtlos gewesen. Er sei von der Sanitätskolonne abgeholt worden. Früher will er einmal Tripper gehabt haben. Dann hatte er einmal Flecke auf dem ganzen Körper, angeblich »Bäckerkrätze«. Er wurde damals im Eppendorfer Krankenhaus behandelt. Therapie: Seifenbad, Teer. Keine Schmierkur. Später weiß er nichts mehr von der Bewußtlosigkeit, von der er bei der ersten Untersuchung gesprochen hat. Deutliche Labilität des Affekts. Die Echopraxie geht so weit, daß er ein

Husten des Arztes während der Aufnahme der Anamnese (nicht während einer Echopraxieprüfung) nachahmt. »Dritte reitende Artilleriebrigade« das hat der Oberarzt vom Eppendorfer Krankenhaus einmal zu mir gesagt.

Orientierung:

Örtlich: »im Klassenzimmer, wo ich von Ihnen untersucht werden soll. Altonaer Krankenhaus Baracke I, da sind alle, die nicht richtig im Kopf sein sollen.«

Zeitlich: ist über das Datum orientiert; weiß nicht, wie lange er im Krankenhaus ist.

Alter: wird richtig angegeben.

Er fühlt sich sehr schwach, denn die Wärter wollen ihm nichts zu essen geben. »Ich glaube sie haben mich zum Krüppel gemacht. Sie sagen ich bin verrückt. Das bin ich doch nicht. Ich bin klar von Sinnen und Verstand. Mehr kann ich Ihnen nicht verraten«. Er schläft schlecht: »ich selbst weiß nicht warum, aber sie verhauen mich, weil ich vom Teufel alles mögliche spreche. Im Bösen können sie mir nicht viel anhaben, denn ich habe eine furchtbare Willenskraft. Aber im Guten da bin ich wie ein Kind. Ich bin furchtbar nervös. Ich bilde mir ein, im andern Bett liegt noch einer.«

Die Halluzinationen sind nicht suggerierbar. Ihre Intensität läßt bald nach. Patient hört jetzt ein Geräusch auf dem Trommelfell als ob etwas hinein wolle. Er will nicht in der Anstalt bleiben und droht, aus dem Fenster zu springen oder Gift zu nehmen.

20. XII. Nach Angabe der Wärter ist Patient seit einem Tag sehr erregt. Er verlangt nach einem Rasiermesser, um sich den Hals abzuschneiden. Die Sprache

ist kurz und abgerissen. Er springt plötzlich aus dem Bett und greift einen andern Patienten an, weil er ihn angeblich beschimpft und gezwickt hat. Er habe geglaubt der Tod käme. Über Ort und Zeit ist er orientiert. Er fühlt sich von der Uhr aus elektrisiert. In den Ohren hört er einen elektrischen Schall und fühlt Stechen im Kopf und Wärme unter den Füßen. Dann spricht er von einem Doppelleben. Später liegt er längere Zeit auf dem Rücken und bewegt beide Beine rhytmisch. Das komme durch die elektrischen Wellen. Ein Patient im Nebenzimmer ruft ihm zu: »Du wirst tot gemacht, du kommst auf den Scheiterhaufen.« Er fordert einen Patienten auf ihm den Bauch aufzuschneiden. Dann will er in eine Irrenanstalt, vielleicht könne er dort noch kuriert werden.

Somatisch:

Pupillenreaktion sehr träge und wenig ausgiebig.

Reflexe gesteigert.

Wasserman negativ.

Nonne-Apelt leicht positiv.

Nissel $2^1/_2$ Strich.

Keine Lymphocyten.

Am 4. II. 1911 wird Patient nach der Kgl. Nerven- und Psychiatrischen Klinik in Kiel übergeführt, mit der Diagnose: Akute hyperkinetisch-halluzinatorische Psychose ohne sichere klinische Stellung. Vielleicht atypische Amentia.

Patient geht hier ruhig ins Aufnahmezimmer und zu der Abteilung. Seine Personalien gibt er richtig an. Er sei jetzt in Kiel »im Elisabeth-Krankenhaus glaube ich«. In Altona sei er 3 bis 9 Wochen wegen Nervenfieber behandelt worden. Er habe dort Nachts nicht

schlafen können. »Da hat der Wärter den ersten Versuch angestellt. Was, weiß ich selbst nicht. Dann ist das Doppelleben gekommen. Das wurde dann wieder beseitigt. Ich habe nichts zu Essen bekommen. Meine sämtlichen Kräfte wurden ausgesaugt, die bekam das Doppelleben. Dann sollte ich öffentlich hingerichtet werden«. Er sei freiwillig ins Krankenhaus gegangen, weil er an einer ansteckenden Krankheit gelitten habe: »Kopfrose und Gesinnungstäuschung«. Am 9. X. Nachmittags am Alsenplatz habe es angefangen. Das Doppelleben sei wieder beseitigt worden und in den Alsterkanal gekommen. Jetzt bekomme er wieder zu Essen. Er wolle gern arbeiten.

(Stimmen gehört?)

»Ja, die höre ich ja immerwährend. Das kommt durch die Untersuchung. Einer schimpft und einer sagt was Gutes«.

(Sind Sie krank?)

»Nein, ich war krank; wie gesagt, Gesinnungstäuschung, schwache Ernährung und Nervenfieber. Ich habe mich blos etwas überarbeitet. Einen Augenblick war ich besinnungslos.«

Das Datum wird richtig angegeben.

(In Altona hat man komische Sachen mit Ihnen gemacht?)

»Ja, anstatt zum Sterben gaben sie mir etwas zum Leben. Sogar mein Vater kam an. Den haben sie als Krankenwärter angezogen. Der Kaiser kam selbst hin. Der hat sich vom Oberwärter betören lassen. Er hat den Scharfrichter bestellt. Sie wollten mich mit Elektrizität töten. Der elektrische Strom wurde in der

ist kurz und abgerissen. Er springt plötzlich aus dem Bett und greift einen andern Patienten an, weil er ihn angeblich beschimpft und gezwickt hat. Er habe geglaubt der Tod käme. Über Ort und Zeit ist er orientiert. Er fühlt sich von der Uhr aus elektrisiert. In den Ohren hört er einen elektrischen Schall und fühlt Stechen im Kopf und Wärme unter den Füßen. Dann spricht er von einem Doppelleben. Später liegt er längere Zeit auf dem Rücken und bewegt beide Beine rhytmisch. Das komme durch die elektrischen Wellen. Ein Patient im Nebenzimmer ruft ihm zu: »Du wirst tot gemacht, du kommst auf den Scheiterhaufen.« Er fordert einen Patienten auf ihm den Bauch aufzuschneiden. Dann will er in eine Irrenanstalt, vielleicht könne er dort noch kuriert werden.

Somatisch:

Pupillenreaktion sehr träge und wenig ausgiebig.
Reflexe gesteigert.
Wasserman negativ.
Nonne-Apelt leicht positiv.
Nissel $2^1/_2$ Strich.
Keine Lymphocyten.

Am 4. II. 1911 wird Patient nach der Kgl. Nerven- und Psychiatrischen Klinik in Kiel übergeführt, mit der Diagnose: Akute hyperkinetisch-halluzinatorische Psychose ohne sichere klinische Stellung. Vielleicht atypische Amentia.

Patient geht hier ruhig ins Aufnahmezimmer und zu der Abteilung. Seine Personalien gibt er richtig an. Er sei jetzt in Kiel »im Elisabeth-Krankenhaus glaube ich«. In Altona sei er 3 bis 9 Wochen wegen Nervenfieber behandelt worden. Er habe dort Nachts nicht

schlafen können. »Da hat der Wärter den ersten Versuch angestellt. Was, weiß ich selbst nicht. Dann ist das Doppelleben gekommen. Das wurde dann wieder beseitigt. Ich habe nichts zu Essen bekommen. Meine sämtlichen Kräfte wurden ausgesaugt, die bekam das Doppelleben. Dann sollte ich öffentlich hingerichtet werden«. Er sei freiwillig ins Krankenhaus gegangen, weil er an einer ansteckenden Krankheit gelitten habe: »Kopfrose und Gesinnungstäuschung«. Am 9. X. Nachmittags am Alsenplatz habe es angefangen. Das Doppelleben sei wieder beseitigt worden und in den Alsterkanal gekommen. Jetzt bekomme er wieder zu Essen. Er wolle gern arbeiten.

(Stimmen gehört?)

»Ja, die höre ich ja immerwährend. Das kommt durch die Untersuchung. Einer schimpft und einer sagt was Gutes«.

(Sind Sie krank?)

»Nein, ich war krank; wie gesagt, Gesinnungstäuschung, schwache Ernährung und Nervenfieber. Ich habe mich blos etwas überarbeitet. Einen Augenblick war ich besinnungslos.«

Das Datum wird richtig angegeben.

(In Altona hat man komische Sachen mit Ihnen gemacht?)

»Ja, anstatt zum Sterben gaben sie mir etwas zum Leben. Sogar mein Vater kam an. Den haben sie als Krankenwärter angezogen. Der Kaiser kam selbst hin. Der hat sich vom Oberwärter betören lassen. Er hat den Scharfrichter bestellt. Sie wollten mich mit Elektrizität töten. Der elektrische Strom wurde in der

Badewanne angestellt. Aber statt zum Sterben gaben sie mir wieder was zum Leben.«

Somatischer Befund:

Größe: 1,68 m.

Gewicht: 54 kg.

Temperatur: 37,2°.

Mittelkräftiger Knochenbau, mäßig entwickelte, mittelstraffe Muskulatur, dürftiger Ernährungszustand. Etwas blasse Gesichtsfarbe.

Schädelmaße: $15^{3}/_{4} : 19 : 55^{3}/_{4}$.

Schädel auf Druck und Beklopfen unempfindlich. Kleine Hautnarbe auf dem Hinterkopf.

Pupillen gleich weit, mittelweit, etwas entrundet. Reaktion auf Licht nicht sehr ausgiebig. Leichter Hippus. Konvergenzreaktion ausgiebiger.

Augenbewegungen frei.

Gesicht symetrisch.

Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab, zittrig, wenig belegt.

Gaumenbögen werden gleichmäßig gehoben. Rachenreflexe lebhaft.

Keine deutlichen artikulatorischen Sprachstörungen. Stimme auffallend hoch.

Tremor manuum.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft.

Dynamische Kraft rechts 70, links 70.

Mechanische Muskelerregbarkeit nicht wesentlich erhöht.

Lebhaftes vasomotorisches Nachröten.

Abdominalreflexe erhalten.

Zehenreflexe plantarwärts.

Achillessehnenreflexe erhalten.

Gang gerade und sicher.

Schmerzempfindung lebhaft. Statt spitz wird stumpf angegeben. Patient zuckt aber dabei zusammen.

Puls 88, regelmäßig, etwas klein.

Arterien nicht rigide.

Herztöne rein. Herz nicht erweitert.

Lungenspitzen percussorisch frei. Sehr rauhes und verschärftes Exspirium über der rechten Spitze.

Leib etwas gespannt, nicht druckempfindlich.

Inguinaldrüsen etwas geschwollen.

Urin o. E., o. Z.

5. II. Patient hält sich im allgemeinen ruhig, nennt richtiges Datum, glaubt im Elisabethen-Krankenhaus zu sein. Die Sprache ist etwas stolpernd und nicht ganz deutlich. Träge Pupillenreaktion.

7. II. Lumbalpunktion: Druck 200. Nissel $2^1/_2$. Keine Lymphocytose. Spur Trübung mit $MgSO_4 + (NH_4)_2SO_4$. Patient erzählt auf Befragen gern und viel. Halb klar.

11. II. Patient ist ängstlich, rückt unruhig auf dem Stuhle hin und her, spricht schwer atmend. Er hat Todesangst, weil er enthauptet werden soll.

16. II. Patient erscheint jetzt zeitweise weniger ängstlich. Er vermag eine Zeitlang Zeitung zu lesen. Geht nicht mehr ganz so stark in seinen Wahnvorstellungen auf, doch werden immer noch viele höchst eigenartige Ideen geäußert.

22. II. In den letzten Tagen wurde Patient allmählich klarer und ruhiger, weniger intensiv seine eigenartigen Ideen verfolgend. Er weiß, daß er im Krankenhaus ist und gibt in geordneter Weise Auskunft. Darf auf seinen Wunsch aufstehn.

27. II. Im allgemeinen zufriedener. Es sei ihm noch etwas ängstlich zu Mute. Er bleibt noch dabei, er habe geköpft werden sollen.

9. III. Allmählich korrigiert Patient seine Krankheitsideen. Er sei jetzt im Zweifel darüber, was das mit dem Doppelleben gewesen sei. Die Geschichte sei so interessant, daß er sie einem Schriftsteller übergeben möchte. Er hat Sehnsucht nach Hause.

15. III. Ruhiges Wesen. Drängt nach Entlassung. Er höre mitunter noch Stimmen, sehe aber ein, daß das noch von der Krankheit käme. Er wird gegen ärztlichen Rat von seiner Frau abgeholt.

Eingezogene Erkundigungen haben ergeben, daß die Besserung weitere Fortschritte macht. Er selbst schreibt in einem Brief vom 12. V. 11, er fühle sich ziemlich wohl, habe aber noch Klingen im linken Ohr. Stimmen höre er nicht mehr. Er bittet um Unterstützung bei der Bewerbung um eine Anstellung. Seine Krankheit möchte er von einem Dichter zu einem Theaterstück ausarbeiten lassen, um damit etwas Geld zu verdienen.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich im vorliegenden Falle um einen 39jährigen Mann, der schon als Kind in geringem Grade geistige Schwäche zeigte und ferner durch Potus belastet ist. Nach Ablauf der Gesichtsrose, die 7 Tage gedauert hatte, zeigten sich bei ihm psychische Störungen mit folgenden Symptomen: Aufgeregtheit, Verwirrtheit, Labilität des Affekts, Halluzinationen, beängstigende Wahnvorstellungen, die ihn zu Selbstmordgedanken und zu Angriffen auf andere Patienten treiben. Die Symptome gehen nur sehr lang-

sam zurück und sind nach 6 Monaten noch nicht vollkommen verschwunden.

Das Auftreten dieser hier geschilderten schweren psychischen Störungen vom Charakter einer Amentia im direkten Anschluß an den Temperaturabfall des am 5. XI. 10 ausgebrochenen Erysipels läßt zweifellos einen ursächlichen Zusammenhang beider Erkrankungen erkennen. Prädisponierend für den Ausbruch einer Psychose wirkte wahrscheinlich noch die angeborene geistige Schwäche des Patienten sowie seine unregelmäßige und ausschweifende Lebensweise.

Die Prognose dieses Falles ist nicht ungünstig zu stellen. Trotzdem es sich hier um ein Kollapsdelirium handelt, aus welchen sich nach dem vorausgesagten häufig dauernde geistige Störungen entwickeln, wird doch bei dem stetigen Rückgang der Erscheinungen nach absehbarer Zeit eine vollkommene Heilung eintreten.

Zum Schlusse möchte ich mir erlauben, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Falles und für die freundliche Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Bonhoeffer: Infektionspsychosen.

Siemerling: Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chron. Infektionskrankheiten.

Frenkel: Zur Kenntnis der Psychosen nach Erysipel. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 18, 1905.

Binswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Schwade: Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Eine Psychose nach Angina. Inauguraldiss. 1906.

Ludwig: Psychose nach Erysipel. Inaug.-Diss. 1910.

Lebenslauf.

Am 3. Juli 1888 bin ich, Friedrich Wilhelm Lang, evangelischer Konfession, in Lauterbach (Hessen) als Sohn des Kaufmanns Carl Lang geboren. Ich besuchte das Realgymnasium zu Gießen, wo ich Ostern 1906 das Abiturientenexamen bestand. Dann widmete ich mich dem Studium der Medizin. Ich studierte in Gießen (5 S.), in Würzburg (1 S.), in München (1 S.) und in Kiel (3 S.). Die ärztliche Vorprüfung bestand ich in Gießen im S.-S. 1908, das ärztliche Staatsexamen beendete ich in Kiel am 2. Mai 1911. Seit dem 1. Juni 1911 bin ich an der städt. Krankenanstalt in Kiel als Medizinalpraktikant beschäftigt.